

Preguntas y respuestas usuarios de servicio de salud del Magisterio



{fiduprevisora)

s1empre

 MINHACIENDA

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACION

PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿PUEDE EL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD DEL REGIMEN DE EXCEPCION DEL MAGISTERIO ELEGIR LIBREMENTE AL MÉDICO QUE QUIERE QUE LO ATIENDA?

Si, dentro de la Red contratada y acorde con el funcionamiento del Nuevo Modelo.

Luego de acreditar sus derechos como afiliado, puede elegir dentro de la red prestadora ofertada por la respectiva Unión Temporal, entendiendo que el acceso a los servicios de acuerdo al Nuevo Modelo de Salud se realiza por una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel, en donde los médicos u odontólogos liderados por un Médico Familiar, definirán los casos en que se requiera interconsulta con las diferentes Especialidades, conservando la secuencia de servicios acorde con la pertinencia médica y la Ruta de Atención Integral que requiera el usuario específico.

En todo caso los servicios deberán ofertarse en primer término en el mismo municipio de residencia habitual del afiliado y en aquellos en donde exista oferta de especialidades estas se ofertarán, privilegiando el acceso a los servicios.

En los municipios en donde exista oferta de consulta de Ginecología y de Pediatría se podrá solicitar acceso directo a dicha consulta. En aquellas sedes donde funcionen programas de prevención secundaria, se contará con servicios de Médico Internista.

2. ¿SI NO ME ENTREGAN LOS MEDICAMENTOS COMPLETOS, PUEDO SOLICITAR QUE ME LOS ENVÍEN A MI CASA?

Si. Los medicamentos deben ser entregados en forma completa e ininterrumpida. Si estos no han sido entregados en la oportunidad establecida en el contrato, el usuario puede decidir si los reclama en los puntos de dispensación establecidos o si se los envían a su domicilio.

3. ¿QUÉ SIGNIFICA ATENCIÓN AMBULATORIA?

Es una modalidad de prestación de servicios de salud en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Incluye la consulta por cualquier profesional de la salud debidamente acreditado; también cubre la realización de procedimientos y tratamientos.

4. ¿QUÉ QUIERE DECIR REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA?

Referencia y contra referencia es el conjunto de procesos administrativos, que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, articulación de la red de prestación de servicios de salud contratada por FIDUPREVISORA S.A-FOMAG, representados en cada región por las Uniones Temporales, seleccionadas de acuerdo con el proceso licitatorio.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador, para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

En el caso del Nuevo Modelo de Salud del Magisterio, cuando sea solicitada una Interconsulta, el especialista debe emitir la contra referencia, con el Plan de Manejo del paciente para que lo continúe con su equipo de salud y médico tratante en su sede de Primer Nivel.

5. ¿QUE QUIERE DECIR GESTION DEL RIESGO EN SALUD?

Es el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona, que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables, combinando simultáneamente: a. Medidas preventivas enfocadas a modificar factores de riesgo de manera temprana y a fortalecer factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y b. Medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte), entre otros.

6. ¿QUE QUIERE DECIR “RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD”?

Las Rutas de Atención Integral son una herramienta de organización de la respuesta de los servicios de salud, basada en metodología científica, que busca que pacientes con patologías o condiciones específicas de riesgo en salud, tengan un tránsito claro por los diferentes niveles de atención, con acceso ágil a apoyos diagnósticos y terapéuticos, a las interconsultas a Especialidades requeridas, según riesgo y a que su equipo de salud del nivel

básico, conozca su Plan de Manejo, para continuarlo todo el tiempo que se requiera. Así se busca asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de autocuidado que se esperan del individuo y desarrollar intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación de la enfermedad.

7. ¿QUÉ MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS CONTEMPLA EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA?

Dentro del régimen de Referencia y Contra referencia se contemplan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

- **Remisión:** procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo. En este caso, el paciente continuará su tratamiento con el especialista receptor o con la entidad receptora, para
- **Interconsulta:** en la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo. En el caso del Nuevo Modelo de Salud del Magisterio, cuando sea solicitada una Interconsulta, el especialista debe emitir la contra referencia, con el Plan de Manejo del paciente para que lo continúe con su equipo de salud y médico tratante en su sede de Primer Nivel
- **Orden de servicio:** en la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.
- **Apoyo tecnológico:** Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, evitando así el desplazamiento de usuarios.

8. ¿EL MÉDICO ME AUTORIZÓ UN MEDICAMENTO DE MARCA COMERCIAL PERO LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, ME ENTREGA UNO GENÉRICO, ¿POR QUÉ SUCEDE ESO?

Los pliegos de condiciones del presente contrato orientan a los Prestadores para que sus profesionales, médicos y odontólogos formulen preferiblemente en la denominación común internacional, que es el verdadero nombre químico del medicamento, o nombre genérico. Un medicamento genérico es aquel que no se distribuye con un nombre comercial y posee la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca. Los medicamentos genéricos producen los mismos efectos que su contraparte comercial, ya que poseen el

mismo principio activo. Lo que sí es indispensable, es que estén debidamente registrados ante INVIMA y que los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumplan con todos los estándares de calidad.

No obstante, los Prestadores de servicios de salud, están obligados a desarrollar programa de Farmacovigilancia que verifique la calidad de los medicamentos., respecto a lo cual Fiduprevisora S.A ejerce supervisión.

9. ¿A CUÁNTAS CONSULTAS EN EL AÑO TENGO DERECHO COMO AFILIADO?

No hay límites sobre el número de consultas al año. Pero lo que se recomienda es que luego de evaluados los riesgos de las personas, se realicen intervenciones de protección específica, detección temprana o tratamiento oportuno. Si a usted su equipo de salud lo orienta para que ingrese a un Programa específico como el de Riesgo Cardiovascular, no deje de asistir a sus controles en las fechas programadas.

Y por favor, un deber de todos es informar con la debida anticipación, si va a cancelar la cita, pues otras personas pueden perder la oportunidad de atención oportuna.

10. ¿CUANTO TIEMPO DEBE DURAR UNA CONSULTA MEDICA?

Como mínimo 20 minutos.

11. ¿HAY AFILIADOS CON TRAMITES PRIORITARIOS PARA SOLICITAR UNA CITA?

Si. La población del Magisterio tiene a su disposición, de acuerdo con el contrato vigente, exclusividad en el uso de sedes así:

Sedes Tipo A: en ciudades con más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los “Nuevos Departamentos”. En caso de ciudades CAPITALES DE DEPARTAMENTO o Distritos con más de 500.000 habitantes, una por cada 15.000 afiliados, o fracción. Las sedes tipo A son de carácter exclusivo, es decir, solo se atenderán afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. En éstas se garantizará la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia) y la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Contaran con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y

desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.

Sedes Tipo B: en ciudades entre 100.000 y 300.000 habitantes. Las sedes tipos B consisten en áreas exclusivas dentro o anexas a una IPS con servicios de segundo o tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofertada, o bien sedes independientes. Garantizarán la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia), así como la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Cuentan con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.

Sedes Tipo C: en municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes, capitales de los “Nuevos Departamentos” y municipios con menos de 50.000 habitantes, con más de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, consistirán en áreas exclusivas dentro de una IPS con servicios de segundo nivel de complejidad, de la red ofertada, o sedes independientes. Garantizan la atención básica (excepto hospitalización, atención de parto, urgencias y farmacia) y la atención prioritaria. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.

Sede Tipo D: en municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, pero más de 500. Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia). Esta sede deberá contar cuando menos con un consultorio exclusivo para medicina y enfermería y otro de medio tiempo para odontología. La coordinación de la sede estará a cargo de un Auxiliar de Enfermería, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede.

Adicionalmente todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Colombia están obligadas a dar fila preferente a los adultos mayores, gestantes, niños y niñas, así como personas en condición de discapacidad son sujetos de especial protección, por lo cual las instituciones prestadoras de servicios salud, deben establecer mecanismos para filas preferentes y otros.

12. ¿QUÉ DEBE HACER UN USUARIO SI EL SERVICIO DE ESPECIALISTA O IPS QUE NECESITA NO SE ENCUENTRA DENTRO DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS?

El FOMAG ha contratado en todo el país todos los niveles de atención en salud, los cuales se brindan para facilitar el ACCESO de acuerdo con lo definido para el Nuevo Modelo de Salud, en el mismo municipio, siempre y cuando, estén ofertados allí. De lo contrario, la Unión Temporal deberá garantizar el Especialista requerido dentro de su propia Red en la misma Región o en una Región vecina, acogiéndose al principio de CONTIGUIDAD, pues contractualmente está obligada a tener una Red Alternativa contratada y disponible.

13. ¿PUEDE UN DOCENTE AFILIADO AL FOMAG EN SALUD AFILIARSE A UNA EPS PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD?

No. Los docentes cotizantes y pensionados del Magisterio están obligados a permanecer afiliados al FOMAG. Lo anterior debido a que la normatividad sobre el tema (Ley 91/89, Ley 100/93, Ley 812/2003), es explícita en señalar que los servicios médicos asistenciales para el Magisterio, por ser un Régimen de Excepción, deben ser prestados por las Entidades Contratistas que el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, contrate.

14. ¿PUEDE UN AFILIADO AL FOMAG EN SALUD CONTRATAR MEDICINA PREPAGA?

Si. Su pago será independiente de los descuentos de ley para salud y pensión que se aplican a través del FOMAG.

15. ¿LOS DOCENTES AFILIADOS, PENSIONADOS Y BENEFICIARIOS DEL MAGISTERIO REQUIEREN CARNET DE AFILIACION?

No. Con la presentación del documento de identidad en la entidad asignada para la prestación de servicios o en cualquier entidad prestadora de servicios de salud podrá acreditar sus derechos.

16. ¿CUALES SON LOS SERVICIOS O TECNOLOGIAS EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL MAGISTERIO?

Están excluidos aquellos procedimientos no contemplados dentro del plan de atención del Régimen de Excepción que se describen a continuación:

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.

- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad o la grave afectación estética por trauma o cirugía mayor.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente.
- Se excluyen tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tratamientos de ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos. Los anti-solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.
- No se reconocerán servicios por fuera del ámbito de la salud salvo algunos servicios complementarios y necesarios para el adecuado acceso a los servicios como el caso del transporte.
- Calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos y las toallas higiénicas.
- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido.

17. ¿COMO PUEDO INSCRIBIR UN BENEFICIARIO DE UN DOCENTE COTIZANTE A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MAGISTERIO?

En el CAU (Centros de Atención al Usuario) de FIDUPREVISORA S.A, más próximo al sitio de residencia del docente Afiliado, así como en las sedes principales de las Uniones Temporales de Prestación de Servicios de Salud, están habilitadas para recepcionar la documentación requerida.

Recuerde que sólo se procede a incorporar beneficiarios cuando el mismo docente cotizante es quien lo solicita con el respectivo formulario de inscripción que le será entregado en el CAU o en las sedes de la Unión Temporal y que igualmente podrá

descargar de la página web: www.fomag.gov.co. Para la desafiliación, igualmente se requiere comunicación dirigida a FIDUPREVISORA S.A, suscrita por el Docente que inscribió al respectivo beneficiario.

18. ¿QUÉ DOCUMENTOS SE REQUIEREN PARA INSCRIBIR O AFILIAR A UN BENEFICIARIO?

La inscripción del beneficiario al servicio de salud requiere, el diligenciamiento por parte del Afiliado de un formulario de inscripción y de la entrega de la siguiente documentación en el CAU o sede de la Unión Temporal más próximo a su lugar de residencia.

Para ello, el docente afiliado o beneficiario debe presentar la siguiente documentación que acredita las condiciones legales para su inscripción:

Para acreditar la calidad de cónyuge del afiliado:

- ✓ Registro civil del matrimonio,
- ✓ Documento de identificación vigente,
- ✓ Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora.

Para acreditar la calidad de Compañero(a) permanente del afiliado:

- ✓ Documento de identificación vigente.
- ✓ Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente.
- ✓ Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años de edad:

- ✓ Registro civil en donde conste el parentesco.
- ✓ El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años.
- ✓ Tienen 18 años hasta el día anterior a cumplir 19 años.

Para acreditar la calidad de padres:

- ✓ Registro civil en donde conste el parentesco.
- ✓ Cédula de ciudadanía vigente.
- ✓ Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A. (descargar el formulario)

Para hijos entre 19 y 25 años:

- ✓ Registro civil en donde conste el parentesco

- ✓ Cédula de ciudadanía vigente.
- ✓ Los hijos entre 18 y 25 años no requerirán acreditar la calidad de estudiantes, pero deberán presentar anualmente la declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.
- ✓ Tienen 25 años hasta el día anterior a cumplir 25 años.
- ✓ Para los hijos beneficiarios de pensión de sustitución se establece que tienen cobertura hasta el día que cumplen 25 años.

Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años:

- ✓ Certificación anual expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de 2014 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen, o sentencia de interdicción judicial.

Para todos los efectos, la entrega de los documentos anteriormente relacionados es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales. Fiduprevisora S.A. reconocerá a los beneficiarios que acrediten los documentos exigidos partiendo de la buena fe. No obstante, podrá investigar la veracidad de los mismos cuando tenga bases para dudar de su veracidad. La falsedad decidida por autoridad judicial en cualquiera de los documentos aportados será suficiente para suspender la afiliación, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.

En todo caso se entenderá afiliado y con derecho a la prestación de servicios únicamente a partir de la afiliación reconocida y efectuada por Fiduprevisora S.A, previa la inscripción y verificación del cumplimiento de requisitos documentales referidos por la entidad contratista o radicados y verificados en el respectivo CAU.

Otras aclaraciones:

- ✓ Se entiende por hijos lo que determine la Ley.
- ✓ Se entiende por compañero o compañera permanente lo que establezca la Ley
- ✓ Cuando el cónyuge del docente haya decidido permanecer afiliado al régimen contributivo o a otro régimen exceptuado y por tanto no ingresar al régimen exceptuado del magisterio, los hijos propios de dicho cónyuge podrán ser afiliados como beneficiarios en el grupo familiar del docente.
- ✓ En los casos en que los cónyuges y o compañeros permanentes sean trabajadores activos afiliados a otro régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud y decidan ejercer su derecho de afiliarse al régimen exceptuado del Magisterio, deberán cumplir con la notificación al patrono para hacer efectiva esta afiliación, remitiendo el aporte en salud al ADRES y suspendiendo la cotización a la EPS correspondiente anexando la certificación expedida por la EPS, de conformidad con lo establecido en el Artículo 14 del Decreto 057 de 2015.

19. ¿POR QUÉ CAUSAS DESAFILIAN A UN AFILIADO?

La desafiliación es el evento en que el docente queda desvinculado en forma temporal o definitiva de la nómina de Magisterio, o en el que uno o todos los beneficiarios cubiertos dentro del plan de beneficios del régimen de excepción, pierden la calidad de beneficiario.

Cuando el docente se retira en forma temporal o definitiva de la nómina del Magisterio, por causa distinta a haber adquirido el derecho a la pensión, por perder su calidad de afiliado al FNPSM, dejará de estar afiliado y por tanto dejará de ser reportado a la entidad contratista una vez transcurran tres (3) meses a partir del momento en que cesa su vinculación laboral con la entidad nominadora o contratante.

20. ¿HASTA CUANDO TIENE DERECHO A SERVICIOS UN DOCENTE DESAFILIADO Y A SUS BENEFICIARIOS?

Tiene derecho a servicios durante los tres (3) meses siguientes a su desvinculación, así: durante el primer mes de dejar de estar en la nómina del Magisterio, se le garantizará la atención integral, en los dos meses siguientes se le garantizará la atención de urgencias y la atención integral relacionada con enfermedades crónicas y programas especiales, si está inscrito en ellos.

A los beneficiarios se les garantizará atención integral, hasta un mes después de la desvinculación del cotizante. En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta un (1) mes después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio.

Cuando se compruebe por la entidad prestadora de servicios de salud se compruebe la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, que el usuario no puso en conocimiento oportuno de la entidad prestadora de servicios de salud, ésta última solicitará a Fiduprevisora S.A. el procedimiento de desvinculación correspondiente, que se hará efectiva previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación

21. ¿EN QUE CASOS PUEDE UN DOCENTE RECIBIR SERVICIOS EN UNA REGION DIFERENTE A AQUELLA EN QUE LABORA Y TIENE SU RESIDENCIA HABITUAL?

Un afiliado al Sistema de Salud del Magisterio, de acuerdo con la normatividad sobre portabilidad, podrá recibir el servicio en cualquier parte del territorio nacional. Para garantizar la “portabilidad” del seguro de salud se deben contemplar varias situaciones.

Atención de urgencias garantizada en cualquier IPS del país con base en la legislación vigente, pero complementada con la rápida identificación del afiliado del magisterio para decidir si es necesaria una remisión a una clínica de la red de prestadores del magisterio. Será suficiente la cédula de ciudadanía para acceder a los servicios.

Desplazamiento programado a otra región del país por periodo superior a dos semanas e inferior a seis meses, por razones familiares o de otra índole que requiera garantizar la continuidad del tratamiento. En este caso, el Docente debe solicitar a su Entidad Prestadora a la que se encuentra asignado, la expedición de carta remisoría dirigida al prestador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el periodo solicitado, no mayor de seis meses

Desplazamiento programado por tiempo mayor de seis meses. En este caso se solicitará a Fiduprevisora S.A, el cambio del afiliado a otra región con su correspondiente per cápita. De todas maneras, la entidad contratista de la cual se traslade el docente será responsable de garantizar la prestación del servicio de salud, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la nueva entidad.

22. ¿EN CASO DE URGENCIAS MEDICAS, QUE DEBO HACER?

Los servicios de urgencias están garantizados por la Ley en cualquier IPS del territorio nacional, sin necesidad de acreditación de derechos por parte de los afiliados y beneficiarios.

Por Urgencia Vital se entienden aquellas alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y requieren la protección inmediata en una unidad de servicios de salud, con el fin de preservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Los proveedores del Magisterio y toda su red de servicios atenderán también las urgencias menores de los afiliados y beneficiarios de otras regiones que por cualquier causa se hayan desplazado de su municipio y requieran este tipo de atención, previa acreditación de sus derechos a través del documento de identidad.

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

- Para la atención de urgencias diferente a la vital, el usuario acreditará sus derechos con la presentación documento de identidad; los datos complementarios serán diligenciados por el acompañante del paciente y el usuario será directamente atendido por el médico de urgencias.
- En todos los casos la atención de urgencias será oportuna e integral, es decir, se deben realizar la totalidad de actividades, procedimientos e intervenciones y suministrar la totalidad de los medicamentos e insumos, ordenados por el médico tratante de forma inmediata

- En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro (24) horas, o cuarenta y ocho (48) en fin de semana, tiempo límite para que se le defina conducta y se acuerde el traslado con el proveedor responsable del afiliado.
- Aplica para el Sistema de Salud del Magisterio la Resolución 5596 de 2015, que establece los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”, que debe ser aplicado en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

23. ¿SI APAREZCO MULTIAFILIADO A FOMAG Y A UNA EPS, QUE DEBO HACER PARA QUE SE DEFINA MI SITUACION?

Si usted es Docente Activo, debe solicitar a la EPS a la que aparece simultáneamente afiliado su retiro y presentar Carta de Desafiliación vigente (máximo un mes de expedida) y presentarla al CAU más cercano o a la sede de la Unión Temporal, para que FIDUPREVISORA S.A, haga el trámite respectivo.

Si se trata de beneficiarios o usted ya no es ni Docente Activo no Pensionado del Magisterio y desea afiliarse a una EPS, debe dirigir carta a FIDUPREVISORA S.A solicitando su retiro, la cual debe radicar en el CAU o en las sedes de la Unión Temporal.

24. ¿DEBO PAGAR ALGO AL SOLICITAR UNA CITA MÉDICA O UN EXAMEN O UNA HOSPITALIZACION?


Los afiliados y beneficiarios del Régimen de Excepción del Magisterio, están exentos de copagos y cuotas moderadoras, al utilizar servicios de la red de prestación de servicios de las Uniones Temporales de Proveedores de Servicios de Salud.

25. ¿QUE SIGNIFICA QUE UNA IPS O UN PRESTADOR ESTE HABILITADO?

El Sistema Único de Habilitación en Colombia, es uno de los componentes fundamentales de la Calidad de los servicios de salud en Colombia, que están obligados a cumplir todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Están definidos los procedimientos y condiciones de inscripción vigentes en el Decreto 0780 de 2016 Artículos 2.5.1.3.1.1 y en las Resoluciones, 3678 de 2014 y 0226 de 2015.

Cuando usted visite un prestador de servicios de salud verifique que la Certificación de habilitación esté publicada.

Tenga en cuenta que toda la red ofertada por las Uniones Temporales ha sido verificada exhaustivamente y se encuentra actualmente habilitado.



Las entidades competentes para Verificar la Habilitación de dichos servicios son las Secretarías de Salud. Si eventualmente una Secretaría de Salud cierra algunos servicios o una entidad, de las actualmente contratadas, FIDUPREVISORA S.A, ejercerá las funciones de vigilancia para que se dé la continuidad de servicios al Magisterio, en entidades de Red alterna con instituciones que garanticen dichos requisitos de calidad.